

## DYSKURS NA TEMAT RESILIENCE — KONTEKSTY I ASPEKTY PRAKTYCZNE

### DISCOURSE ON RESILIENCE — CONTEXTS AND PRACTICAL ASPECTS

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr med. Maciej Wojciech Pilecki

**trauma  
family  
support system**

*Artykuł zawiera rozważania dotyczące teorii resilience, która zakłada, że adaptacja jest naturalnym zjawiskiem występującym u ludzi po przebytych urazach i traumatycznych doświadczeniach. Autor analizuje negatywne konsekwencje, jakie teoria ta może nieść dla osób dotkniętych traumą – m.in. niedostrzeganie czy umniejszanie problemu krzywdy i cierpienia. Z drugiej strony wskazuje na ogromne pozytywne znaczenie teorii resilience dla praktyki klinicznej, zwłaszcza w obszarze wzmacniania odporności psychicznej i poszukiwania zasobów pomocnych w radzeniu sobie po przeżytej traumie.*

**Summary:** The resilience theory which attempts to explain the phenomenon of positive adaptation (coping) of the abused persons and ones exposed to adversity or traumatic events has found its proper place in the academic and clinical psychology. In psychotherapeutic and psychiatric practice however it remains little known and unappreciated. Clinicians do not meet people who have coped well with trauma. At the same time contact with trauma, misery, injustice breeds tension and activates defence mechanisms and a tendency to underestimate the problem. The ambivalence of trauma applies to individuals and societies; social discourses, including the academic discourse, are not free from it. Can the resilience theory which states that adaptation is the norm while inability to cope an exception favour the cancellation (not noticing) of the problem of trauma? The article discusses the resilience theory as a cultural fact and social discourse. In the second part an attempt has been made to assess the impact of this theory on clinical practice. What seems particularly important is the fact that the resilience theory sets assistance in context: it has proved the importance of family and supportive environment, of living conditions, neighbourhood or school. Good adaptation is in fact the result of a complex interaction between biological, psychological, social and environmental factors.

### Resilience — pojęcie, które nie istnieje

Termin „resilience” próbuje wyjaśnić fenomen pozytywnej adaptacji (radzenia sobie) osób krzywdzonych, narażonych na przeciwności losu czy zdarzenia traumatyczne, i rozumiany jest jako „dynamiczny proces odzwierciedlający względnie dobre przystosowanie się jednostki mimo doświadczanych przez nią zagrożeń lub traumatycznych przeżyć” [1, s. 587]. Pojęcie to w piśmiennictwie psychologicznym jest tłumaczone na różne sposoby — jako sprężystość psychiczna, odporność na zranienie, zaradność, elastyczność, rezyliencja, zdolność do adaptacji. Wobec groźby chaosu terminologicznego, wielu autorów, także w najnowszych publikacjach (przykładowo [2]), posługuje się oryginalnym terminem. Nasuwają się pytania: Czy może być użyteczne pojęcie, którego nie ma? Czy terminologiczne zamieszanie mówi o słabej obecności koncepcji w polskim dyskursie

psychologicznym? Czy nie wskazuje, że skupieni na destruktywnym wpływie urazu słabo dostrzegamy „odwrotną stronę medalu” (my — społeczeństwo, i my — specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego)?

Klinicyści (psychologowie kliniczni, psychiatrzy, psychoterapeuci, inni specjaliści od zdrowia psychicznego) mają do czynienia z niereprezentatywną próbą — nie spotykają osób, które poradziły sobie dobrze. Tymczasem psychologia zdrowia, skoncentrowana na poszukiwaniu zasobów i odporności, odgrywa coraz poważniejszą rolę w psychologii klinicznej. Czy napięcie między reprezentantami psychiatrii i psychologii pozytywnej, żywe i ważne w latach osiemdziesiątych dwudziestego wieku, wciąż jest sensowne? Czy nadal aktualne są słowa pioniera psychologii pozytywnej, Garmezego, że „psychiatrzy i wszyscy zajmujący się badaniem zdrowia psychicznego nastawieni są na poszukiwanie dewiacji, psychopatologii i słabości, ponieważ tak zostali wyedukowani, w to zainwestowali, a więc mają w tym swój interes” [za: 3, s. 54–55]?

### **Jak „unieważnić” traumę?**

Słowo trauma stało się modne, weszło do codziennego słownika. Traumą może być wszystko — śmierć bliskiej osoby, ale i nudne zajęcia na studiach. Studenci medycyny pytani przeze mnie o liczbę dzieci maltretowanych, podają dane typu 20–30% (a przecież jeżeli coś dotyczy 30% populacji przestaje być dewiacją, a staje się wariantem normy, jeżeli „każdy” jest maltretowany, to nikt nie jest maltretowany). Specjaliści od zdrowia psychicznego, dopytywani o traumę, z reguły podkreślają jej subiektywny (a nie obiektywny) wymiar — traumą jest to, co jednostka przeżywa jako uraz. Takie przedstawienie pojęcia traumy odpowiada psychologicznym potrzebom człowieka. Doświadczenia traumatyczne, krzywdy, cierpienie, niesprawiedliwość — nacechowane są aksjologicznie i wymagają odpowiedzi. Przeżywamy je jako „coś, co trzeba naprawić. Coś, co trzeba odrzucić. Coś, co sprawia, że czujemy się bezsilni” [4, s. 118]. Uruchamiamy obrony. Staramy się nie zauważać. Zauważone, próbujemy bagatelizować. Obwiniamy ofiary. Unikamy krzywdzonych i cierpiących. Nie lubimy ich, nie wierzymy w to, co mówią [5]. Uważamy, że krzywdzenie dokonuje się gdzie indziej. Krzywdzą ludzie, którzy są radykalnie różni od nas — rasowo, statusem ekonomicznym, pod względem płci.

Ambiwalencja traumy dotyczy jednostek i społeczeństw, nie są od niej wolne dyskursy społeczne, w tym dyskurs akademicki. Czy teoria resilience nie jest jedną z praktyk dyskursywnych, które mogą sprzyjać unieważnieniu (odrzucaeniu) problemu traumy? Czy może być używana do negocjowania czy marginalizowania jej znaczenia?

### **Dyskursy na temat traumy i odporności**

Sposoby doświadczania i rozumienia traumy kształtowane są przez strukturalne i kulturowe konteksty. Kontekstów tych jest wiele, są dynamiczne, zmienne historycznie i zależne od miejsca. Społeczeństwa zachodnie w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat formułowały różne, ewoluujące, dominujące opowieści o traumie. Przełomem wydaje się szok II wojny światowej [6]. Pod jego wpływem powoli kruszył się dominujący wcześniej pogląd o człowieku, który powinien być silny, dzielny, dostosowany, zahartowany, odporny. Z wolna uznawano, że pod wpływem traumy może on sobie nie radzić, że następstwa traumy mogą

być długotrwałe, a nawet przekazywane na następne pokolenie (pokolenia). W latach siedemdziesiątych świat odkrył osobisty wymiar cierpienia: krzywdzenie w rodzinie, cierpienia amerykańskich weteranów wojny w Wietnamie i ocalałych z Holocaustu (oraz ich dzieci — międzygeneracyjny przekaz traumy), krzywdy dzieci osób uzależnionych od alkoholu (konstrukt DDA, dorosłego dziecka alkoholika), opresję członków grup mniejszościowych w nietolerancyjnym społeczeństwie, imigrantów, homoseksualistów, także kobiet. Tę ważną kulturową zmianę nazwano „światem kultury terapeutycznej” (pojęcie powstało w 1966 r.), „epoką stresu” (tytuł z okładki *Time*'sa z 1983 r.), „kulturą uzdrowienia”. W tym nowym świecie uraz uczyniono publicznym — wyzwolenie w świecie kultury terapeutycznej następuje poprzez opowiedzenie o traumie i uzyskanie moralnego wsparcia, a odkrywanie w sobie traumatycznych doświadczeń z przeszłości daje wolność [7]. Zmiana była rewolucyjna — od obojętności wobec cierpienia do nadania mu podstawowego znaczenia. Od sądu, że cierpienie psychiczne może być tylko krótkotrwałym epizodem, do przekonania, że może naznaczać życie człowieka dotkniętego traumą i jego potomstwa. Zmieniały się jednak nie tylko narracje i rozumienia. Zmieniała się rzeczywistość. Rosła wrażliwość na doświadczenia urazowe w rodzinach. Do systemów prawnych wprowadzano zakaz stosowania kar cielesnych wobec dzieci (po raz pierwszy w 1979 r. w Szwecji), a rozbudzona społeczna wrażliwość skutkowałą skokowym wzrostem zgłoszeń przemocy domowej — w Londynie między rokiem 1985 a 1992 wzrost ten był dwunastokrotny. W USA liczba zgłaszanych przypadków molestowania seksualnego dzieci rosła w latach osiemdziesiątych przeciętnie o 10% rocznie [8]. Dopiero w tak zmienionym świecie, wrażliwym (może nawet neoficko przewrażliwionym) na uraz „odkryto” siłę jednostki, zarzucono „psychiatryzowanej kulturze”, że stygmatyzuje i etykietyzuje (według społecznej doktryny Anonimowych Alkoholików — kto raz był alkohikiem, pozostanie nim na zawsze, choćby przestał pić), nadmiernie upraszcza, uogólnia dane z badań grup klinicznych na niehomogeniczne populacje. W opozycji rozwinęła się psychologia pozytywna z wieloma badaniami, które dały początek teorii resilience. Przede wszystkim jednak zmieniły się społeczne oczekiwania: „W ostatnich 20 latach obywatele amerykańscy chętniej słuchają o przypadkach ludzi, którzy przeżyli traumę i wyszli z niej zwycięsko, i wręcz oczekują różnego rodzaju przykładów pokazujących, jak łązy zamieniają się w perły” [9, s. 89–90].

Czy tego rodzaju sekwencja zmian wydarzyła się w kulturze polskiej? Nie sądzę. Społeczna wrażliwość na doświadczenia urazowe wydaje się dopiero tworzyć, stosunkowo niedawno „odkryto” przemoc w rodzinach, ludowe mądrości typu: „cierpienie uszlachetnia”, „nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło”, „co cię nie zabije, to cię wzmocni”, „trzeba nieść swój krzyż”, trzymają się mocno. Statystyki sędowo-policyjne pokazują nierealistycznie małą skalę ujawnionej przemocy domowej, a jej zgłaszalność nie tylko nie rośnie, ale od 2006 r. — maleje [10, s. 130–131]. W tak różnym od zachodniego kontekście kulturowym teoria resilience może więc mieć inne społeczne znaczenie — grozi zahamowaniem rozwoju wrażliwości na cierpienie i traumę.

### **Teoria resilience groźna dla osoby cierpiącej?**

Także profesjonalisci nie są wolni od społecznych nastawień i przesądów [11]. Boją się fałszywie pozytywnego rozpoznania przemocy w rodzinie, niechętnie zadają pytania,

które mogłyby rozproszyć lub potwierdzić podejrzenia — „starają się” nie dostrzegać krzywdzenia [12]. Następstwa są poważne. Stosunkowo mało dzieci — ofiar przestępstw — otrzymuje pomoc psychologiczną [13]. Dotyczy to szczególnie dzieci z rodzin biednych, dzieci gorzej wykształconych rodziców, dzieci rodziców należących do mniejszości etnicznych [przykładowo 14]. Profesjonaliści zdrowia psychicznego raczej nie dostrzegają (albo bagatelizują) krzywdy dzieci. Czy teoria resilience może im w tym pomagać?

Jeszcze w latach siedemdziesiątych tych, którzy dawali sobie radę, mimo przeciwności losu, nazywano „niezwycięzonymi” czy „niezniszczalnymi” [15]. Teraz uważamy, że mechanizmy resilience nie są niczym niezwykłym czy unikalnym. Są raczej „zwykczajnymi” adaptacyjnymi mechanizmami człowieka. Teoria resilience zakłada, że adaptacja jest normą, a nieradzenie sobie — wyjątkiem. Że zasadniczo „zdrowiejemy” bez leczenia i specjalistycznej interwencji. Jednak „skoro odporność jest tak powszechna, co z tymi 10% osób, które po traumatycznych przeżyciach nie dają rady się podźwignąć, pogrążając się w lęku i depresji? Czy można wytrenować ich prężność, by łatwiej znosili problemy? Na razie trudno to rozstrzygnąć, ale dane nakazują ostrożność w tym względzie” [16]. Jeżeli nie wiemy, czy możemy „wytrenować ich prężność”, to jak ocenić praktyczną użyteczność takiej teorii? A poza tym, czy koncepcja resilience nie jest zbyt obciążająca dla tej mniejszości — ludzi „nie dość prężnych”? Czy nie służy im lepiej wiedza, którą rutynowo przekazuje się cierpiącemu człowiekowi w ramach każdej dobrej pracy terapeutycznej? Wiedza o tym, że PTSD (czy inna, psychopatologiczna reakcja na traumę) może dotknąć każdego, że jest najzupełniej normalną reakcją na nienormalny (traumatyczny) bodziec? Czy teoria, która mówi, że po traumie raczej sobie radzimy, nie grozi, że społeczna i psychologiczna pozycja moich pacjentów — tych, którzy sobie nie poradzili — będzie gorsza? W pracy z pacjentami poszukujemy „prawd”, które są użyteczne. Ta, o naturalności reakcji psychopatologicznej na uraz, wydaje mi się użyteczna szczególnie.

### **Znaczenie teorii resilience dla praktyków w zakresie zdrowia psychicznego**

Teoria resilience wpływa na kształtowanie polityki społecznej państwa. Badania dały empiryczną podbudowę postulatowi rozwijania społecznych kompetencji obywateli, wspierania wczesnego rodzicielstwa, walki z ubóstwem. Z tego obszaru pochodzą dowody na konieczność szkolenia specjalistów do pracy z rodzinami, jedynej skutecznej, kiedy chcemy wspierać wczesny rozwój [17]. W działaniach profilaktycznych teoria resilience pomaga w podejmowaniu właściwych działań, służących łagodzeniu negatywnych skutków niesprzyjających warunków życiowych — potwierdziła znaczenie wczesnych interwencji rodzinnych, zwróciła uwagę na osoby z grup podwyższonego ryzyka.

W czym teoria resilience może pomóc praktykowi? Wykorzystywana jest w przewidywaniu przebiegu zaburzeń potraumatycznych i opracowaniu form interwencji. Wywarła wpływ na charakter psychologicznej pierwszej pomocy — wczesnej, profesjonalnej pomocy po traumie, która ma pełnić funkcję prewencyjną wobec zaburzeń pourazowych. Uczyniła ją pragmatyczną i skupioną na konkrecie (zapewnienie bezpieczeństwa, posiłku, dachu nad głową i informacji, redukcja napięcia psychicznego [18]). Próbuje odpowiedzieć na pytanie — kiedy i dla kogo interwencja terapeutyczna jest najbardziej sensowna? I zaleca ostrożne wyczekiwanie, tak aby mógł zadziałać naturalny proces zdrowienia po traumie

[19]. I choć różnie można oceniać przydatność oszacowań opartych na danych socjobiograficznych i statystycznych, to wiedza, że bardzo wiele osób wyzdrowieje bez leczenia i specjalistycznych interwencji, jest kluczowa dla pracy z traumą. Nas, profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego, uczy pokory, uważności, cierpliwego towarzyszenia klientom. Wynikający z badań postulat realistycznego samoograniczania się jest głosem rozsądku w świecie, który „umawia się”, że coraz więcej zjawisk życia psychicznego odda we władanie psychiatrom i zawodom pokrewnym.

Teoria resilience jest optymistyczna. Wskazuje, że są tacy, którzy mimo licznych obciążeń i kumulujących się stresorów, potrafią sobie poradzić i funkcjonują dobrze. Próbuje dawać narzędzia do pracy, przestrzega i uwrażliwia na zagrożenia. Szacuje czynniki ryzyka i czynniki ochronne — część z nich ukształtowała się na długo przed tym, nim spotkaliśmy się z naszym klientem, i słabo podlega modyfikacji, część wymaga poważnej pracy, aby mogło dojść do zmiany, np. struktura przywiązania. Ale każdy ma swoje indywidualne zdolności, umiejętności i kolektywne zasoby, które profesjonalisci w zakresie zdrowia psychicznego mogą wykorzystać, pielęgnować i wzmacniać.

### **Teoria resilience osadza pomaganie w kontekście**

Badania empiryczne pierwszej fazy (skupione na cechach indywidualnych) polegały na tworzeniu zbiorów „czynników ochronnych”, „predyktorów odporności”, „korelatów zaburzeń albo dobrego radzenia sobie”. I tak, przykładowo, potwierdziły, że z większym prawdopodobieństwem poradzą sobie z doświadczeniem urazowym/przeciwnościami losu osoby, które: mają optymistyczne nastawienie [20], poczucie własnej wartości i skuteczności oraz przekonanie, że mogą kształtować swoje życie [21], potrafią głęboko angażować się w realizację stojących przed nimi zadań oraz przeżywać zmiany jako ekscytujące wyzwania, potrafią korzystać ze wsparcia, pomagają innym i są altruistyczne, dobrze radzą sobie z regulacją afektu, są zaradne, mają lepsze zdolności poznawcze i większą inteligencję, wysoką samoocenę, wewnętrzne umiejscowienie kontroli, duży temperament [za: 22], są dowcipne, mają poczucie humoru, są elastyczne, empatyczne i społecznie wrażliwe, mają optymalny styl przywiązania, umieją opowiadać o doświadczeniu traumatycznym i są raczej ekstrawertywne, nie są agresywne, umieją współpracować itd. A więc mają te cechy, które może destruować trauma. Dlaczego niektórzy po doświadczeniu urazowym zamykają się na innych, wykazują dysregulację afektu, nie potrafią opowiadać o traumie, stają się agresywni? Tylko ocena złożonej interakcji czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych może dać szansę odpowiedzi na to pytanie.

Badania resilience na wiele sposobów, powtarzalnie i w sposób niebudzący wątpliwości, udowodniły znaczenie rodziny w procesie zdrowienia po traumie, szczególnie przeżytej w okresie rozwojowym. Badano wpływ (i uzyskano konkluzyjne wnioski): kompetencji rodzicielskich matki, spójności rodziny, wsparcia emocjonalnego, odniesienia się członków rodziny do doświadczenia urazowego, komunikacji między członkami rodziny, stylów wychowania, rodzinnej struktury, ciepła, elastyczności w okresie kryzysu, przekonań i wartości podzielanych przez rodzinę (w tym przekonań związanych z duchowością i religijnością), wzorów organizacji rodziny, sposobów rozwiązywania problemów, dostępności systemów wsparcia dla rodziny itd. [23]. Badania te przyczyniły się do opracowywania rekomendacji

dotyczących wspierania naturalnych zasobów rodzin w sytuacjach kryzysowych. Potwierdzono podstawową rolę w rozwoju resilience jakości relacji z matką, ale także zaskakująco silnie ochronną rolę lepiej funkcjonującego (czy niekrzywdzącego) opiekuna [24], chociażby ojców bez powojennych trwałych zmian w psychice — w rodzinach ocalałych z Holocaustu [25] czy niepijącego rodzica — w rodzinach nadużywających alkoholu [26]. Znaczące okazały się także relacje z innymi niż rodzice opiekunami (w tym z rodzeństwem), w ogóle obecność co najmniej jednego stałego, troskliwego, wspierającego opiekuna — ta ostatnia konstatacja powtarza się tak konsekwentnie w badaniach, że została uznana za najlepiej udokumentowany prognostyk resilience [27].

W badaniach dzieci stosunkowo szybko doceniono znaczenie socjalizującego wpływu szkoły i dbającego o rozwój i dobro dziecka troskliwego nauczyciela [28]. Z czasem udowodniono sanacyjny wpływ towarzystwa konstruktywnych rówieśników, kontaktów z dorosłym, nieformalnym mentorem [29], dobrej szkoły, programów zajęć pozalekcyjnych, zaangażowania w aktywność, przyjaznego i bezpiecznego sąsiedztwa. Wszystkie te wyniki potwierdzają kluczowe dla resilience znaczenie wsparcia i fakt, że niedostateczny jego poziom w rodzinie może być (przynajmniej częściowo) kompensowany także poza nią. I odwrotnie — w metaanalizie Brewina i wsp. [30] — brak wsparcia po traumie okazał się najsilniejszym predyktorem PTSD. Zarazem jednak doświadczenie traumy wyobcowuje — pociąga za sobą spadek zaangażowania społecznego, zainteresowania rodziną, wzmacnia poczucie alienacji i nieufności. A więc trauma nadwyreża te same więzi społeczne, które są niezbędne do przywrócenia jednostki do normalnego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie. Ta dramatyczna dychotomia wskazuje zapewne najważniejszy kierunek oddziaływań profesjonalistów: wspieranie umiejętności i potrzeby uzyskiwania efektywnego wsparcia — w rodzinie i poza nią. A znaczenie wsparcia koresponduje z pierwszorzędnym znaczeniem grup samopomocowych i w ogóle pracy grupowej w obszarze pracy z traumą.

Jednostki i rodziny mieszkają w różnych dzielnicach, mają różnych sąsiadów (udowodniono znaczenie dla resilience przyjaznego i bezpiecznego sąsiedztwa), różnie angażują się w lokalne aktywności, różne mają możliwości (i gotowość), aby korzystać ze wsparcia. Ale im bardziej prospołecznie funkcjonują, tym ich szanse na dobre poradzenie sobie są większe. Teoria resilience osadza pomaganie w kontekście, zwraca uwagę na czynniki niezależne od klienta, każe im się przyglądać i je analizować. Zrywa z mitem, któremu łatwo ulegają psychoterapeuci: „w terapiach postmodernistycznych dąży się do tego, by klient kształtował swoją przyszłość według własnego wyboru i preferencji. Jednak owej preferowanej przyszłości nie da się zbudować, abstrahując od licznych uwarunkowań [...] Wątpliwości budzi postmodernistyczna wizja człowieka, który sam siebie stwarza, dowolnie siebie kreuje” [31, s. 232]. Z grona źle radzących sobie adolescentów, którzy w dorosłości osiągnęli resilience, aż dwie trzecie dobrze radziło sobie w trzech obszarach bytowych — miało pracę, mieszkanie i dobre aktywności społeczne [32]. Nasze rodziny, wychowanie, pochodzenie, otoczenie mogą nam ułatwiać radzenie sobie z traumą. Albo utrudniać. Utrudniają: bieda, rodzic chory psychicznie, rodzic samotny, zbyt młoda matka, zła szkoła, uzależnienia w rodzinie, zbyt małe mieszkanie, zła dzielnica... Teoria resilience konfrontuje z faktem, że konteksty istotnie wpływają na mechanizmy radzenia sobie po traumie.



Szerokokontekstowe, ekologiczne badania resilience jednoznacznie potwierdziły znaczenie tak zwanych czynników proksymalnych. Zaangażowanie szkolne strauumatyzowanego adolescenta, wsparcie społeczne otrzymane od opiekuna — okazały się ważnymi czynnikami buforującymi wpływ traumy i wyznaczyły kierunki interwencji. Wydaje się, że skuteczna pomoc, przy nienasilonych objawach psychopatologicznych, możliwa jest bez profesjonalnej interwencji terapeutycznej, za to z zaangażowaniem szkoły i struktur pomocy społecznej. Teoria resilience wspiera więc multiinstytucjonalne oddziaływania.

Dane z badań prowadzą do konstatacji o potrzebie interwencji wrażliwych na płęć, inne bowiem są mechanizmy resilience u kobiet i mężczyzn. Potrzebne są interwencje wrażliwe na kulturę (w tym kulturę grup mniejszościowych czy zmarginalizowanych). Rozumienie doświadczeń, także urazowych (a przez to ich wpływ na jednostkę) jest społecznie konstruowane i w różnych kulturach może być różne [33]. Środki zaradcze stosowane przez grupy mniejszościowe, ale też populacje „nietypowe” — biedniejszych czy bogatszych — mogą być inne niż te wynikające z badań „typowych” grup społecznych. I tak, oddawanie się hobby w krajach zamożnych koreluje z resilience, w krajach biednych analogiczne znaczenie ma praca dziecka, która wspiera finansowo rodzinę [31]. Wiara i duchowość w niektórych kulturach są silniejszym czynnikiem ochronnym niż w innych [34].

### Zakończenie

W praktyce, każdy dobry psychiatra, psychoterapeuta, pedagog, pracownik socjalny — pracuje zgodnie z teorią resilience, nawet o tym nie wiedząc (jak molierowski pan Jourdain, który przez czterdzieści lat nie wiedział, że mówi prozą). Wydaje się, że wszystkie kluczowe interwencje terapeutyczne stosowane w pracy z traumą są osadzone w tej teorii, czerpią z jej dorobku i zgodne są z jej konkluzjami. Są dla nas tak oczywiste, że ich źródło (koncepcja resilience) stało się niewidzialne, przeźroczyste, trudne do identyfikacji. A jednak: poszukiwanie mocnych stron rodziny/klienta (skupianie się raczej na potencjale niż na patologii), pomaganie w skutecznym uzyskiwaniu wsparcia, odzyskiwaniu kontroli, promowanie zachowań altruistycznych i innych zachowań pożądaných (poczucie humoru, rozmawianie o problemach), stymulowanie aktywności podejmowanej samodzielnie przez klienta (oddawanie kontroli), wspieranie poszukiwań lepszego środowiska, lepszej integracji rówieśniczej i stabilnych więzi z innymi, praca ze schematami myślowymi, aby uczynić je mniej destrukcyjnymi itd., itd. — wszystko to wiele zawdzięcza twórcemu fermentowi resilience i psychologii pozytywnej. Jestem też przekonany, że bez wiedzy o tym, że jedną z konsekwencji traumy jest także ... większa odporność psychiczna, byłbym gorszym psychoterapeutą i psychiatrą.

Konsens w sprawie traumy załamywał się kilkakrotnie w ciągu ostatnich stu lat. Kryzys jest jednak rozwojowy, sprzyja zagłębieniu pod podszewkę „wielkich narracji” i w rezultacie — krytycznemu nastawieniu do nich. Wydaje się, że w Polsce, także w obszarze badań i poglądów profesjonalistów, ścierają się „wielkie narracje” — trauma i odporność na traumę. Radykalne zwycięstwo którejkolwiek z nich, w naszych emocjach i modelach poznawczych, byłoby klęską naszych pacjentów. Wiedza o resilience jest nam (praktykom pracującym w obszarze zdrowia psychicznego) potrzebna. Potrzebna jest nam także ostrożność George’a Kelly’ego, który stwierdził, że „żaden z dzisiejszych konstruktów

— które są oczywiście naszymi jedynymi środkami portretowania rzeczywistości — nie jest idealny i, jak historia myśli ludzkiej wciąż podpowiada, żaden nie jest ostateczny” [za: 35, s. 33].

### Piśmiennictwo

1. Borucka A, Ostaszewski K. Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Med. Wieku Rozw.* 2008; 12: 587–597.
2. Resilience — pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych. Zeszyt monograficzny. Dziecko krzywdz. 2012; 40. 1.
3. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
4. Sontag S. Widok cudzego cierpienia. Kraków: Wydawnictwo Karakter; 2010.
5. Herzberger SD. Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2002.
6. Orwid M. Europa po Oświęcimiu. Uwagi psychiatry. W: Mach Z, red. Europa po Auschwitz. Kraków: Universitas; 1995, s. 99–108.
7. Jacyno M. Kultura indywidualizmu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
8. Glaser D, Frash S. Dziecko seksualnie wykorzystywane. Warszawa: PZWL; 1995.
9. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łyzy zamieniają się w perły. Warszawa: Difin; 2013.
10. Lewandowska K., Rożen M. Przemoc wobec dzieci. Dziecko Krzywdzone. 2011; 3 (36): 127–145.
11. Shonkoff JP, Phillips DA, Keilty B, red. Early childhood intervention: Views from the field. Report of a workshop. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
12. Izdebski R, Sz wajca K, de Barbaro M, Szaszkiewicz W. Przemoc w rodzinie, maltretowanie fizyczne i wykorzystanie seksualne dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: PZWL; 2012, s. 409–444.
13. Meichenbaum D. Bolstering resilience: benefiting from lessons learned. [http://www.melissainstitute.org/documents/Bolstering\\_Resilience.pdf](http://www.melissainstitute.org/documents/Bolstering_Resilience.pdf)
14. Delaney-Black V, Covington C, Ondersma SJ, Nordstrom-Klee B, Templin T, Ager J, Janisse J, Sokol RJ. Violence exposure, trauma and IQ and/or reading deficits among urban children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2002; 156: 280–285.
15. Anthony EJ. The syndrome of the psychologically invulnerable child. W: Anthony EJ, Koupernik C, red. The child in his family: Children at psychiatric risk. T. 3. New York: Wiley; 1974, s. 3–10.
16. Stix G. Neurobiologia odporności psychicznej. *Świat Nauki.* 2011; 4, [www.nowy-swiat-nauki-gary-stix-neurobiologia-odpornosci-psychicznej](http://www.nowy-swiat-nauki-gary-stix-neurobiologia-odpornosci-psychicznej)
17. Lieberman AF, van Horn P. Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment. New York: The Guilford Press; 2008.
18. Kaniasty K. Klęska żywiołowa czy katastrofa społeczna? Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
19. Mancini AD, Bonanno GA. Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations. *J. Clin. Psychol.* 2006; 62: 971–985.
20. Murphy LB. Further reflections on resilience W: Anthony EJ, Cohler BJ, red. The invulnerable child. New York: Guilford Press; 1987, s. 84–105.



21. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Brit. J. Psychiatry* 1985; 147: 598–611.
22. Junik W. Teoretyczne i empiryczne podstawy wzmacniania rezyliencji (resilience) u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. *Dziecko krzywdz.* 2012; 40: 27–45.
23. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. *Fam. Process* 1996; 35: 261–281.
24. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2011; 14: 1–27.
25. Szwejca K. Uwarunkowania transgeneracyjnego przekazu traumy u potomstwa osób ocalałych z Holocaustu. Praca doktorska, maszynopis. Uniwersytet Jagielloński; 2009.
26. McCord J. Identifying developmental paradigms leading to alcoholism. *J. Stud. Alcohol Drugs* 1988; 49: 357–362.
27. Masten AS, Reed MG. Resilience in development. W: Snyder SR, Lopez SJ, red. *The handbook of positive psychology*. Oxford, England: Oxford University Press; 2002, s. 74–89.
28. Garmezy N. Stres-resistant children: the search for protective factors. W: Stevenson J, red. *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford–New York–Toronto–Sydney–Paris–Frankfurt: Pergamon Press; 1985, s. 213–234.
29. Holt LJ, Bry BH, Johnson VL. Enhancing school engagement in at-risk, urban minority adolescents through a school-based, adult mentoring intervention. *Child Fam. Beh. Ther.* 2009; 30: 297–318.
30. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000; 68: 748–766.
31. Chrzastowski S, de Barbaro B. Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
32. Ungar M, Ghazinour M, Richter J. Annual research review: what is resilience within the social ecology of human development? *J. Child Psychol. Psychiatry* 2013; 54: 348–36.
33. Wilson JP. the lens of culture: theoretical and conceptual perspectives in the assessment of psychological trauma and PTSD. W: Wilson JP, So-Kum Tang CC, red. *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. New York: Springer; 2007, s. 3–30.
34. Kataoka SH, Fuentes S, O'Donoghue VP, Castillo-Campos P, Bonilla A, Halsey K, Avila JL, Wells KB. A community participatory research partnership: the development of a faith-based intervention for children exposed to violence. *Ethn. Dis.* 2006; 16: 89–97.
35. Górniak L. Konstruktywizm a zmiany w praktyce psychoterapeutycznej. W: Józefik B, Górniak L, red. *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2003, s. 33–56.